

# 異物検査依頼書

- 1.本依頼書と同時に検体をご提出ください
- 2.太枠内は必ずご記入ください

弊社記入欄

ご依頼日: 年 月 日

貴社名 (報告書名)		部署名	
		ご担当者	
ご住所	〒	TEL	
		FAX	
ご希望の 報告日数	(いずれかにチェックをご記入ください。至急の場合、検査料金は割増となります。) <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 至急(料金割増)		
検体返却	(検査状況により返却できない場合があります。検体返却費用はお客様のご負担となります。) <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
速報の有無	(いずれかにチェックをご記入ください。速報はFAXかメールどちらかをお選びください。)		
	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> FAX後郵送	<input type="checkbox"/> メール送付後郵送(下段に必ずメールアドレスをご記入ください。)
メールアドレス:			

検査内容	(検査依頼内容にチェックをご記入ください。)		
	<input type="checkbox"/> 異物検査 <基本項目に含まれる検査> ※検体に応じて必要な検査を実施いたします。 ・所見・検体写真・顕微鏡観察・試薬反応の確認・染色・pH・赤外分光光度計(FTIR)・菌種同定(1菌種まで)		
	<input type="checkbox"/> 微生物検査(必要な項目があれば3項目までお選びください。) <input type="checkbox"/> 一般生菌数 <input type="checkbox"/> 大腸菌群 <input type="checkbox"/> 黄色ブドウ球菌 <input type="checkbox"/> カビ <input type="checkbox"/> 酵母 <input type="checkbox"/> 乳酸菌		
	<input type="checkbox"/> 官能検査(臭気)		
	<input type="checkbox"/> 膨張原因確認セット		
	追加項目(料金割増) ※異物検査と併せてご依頼ください。単項目でのご依頼はできません。 <input type="checkbox"/> 蛍光X線分析 <input type="checkbox"/> 遺伝子検査(動物種鑑別) <input type="checkbox"/> 比較品検査(料金割増) <比較品の総数: 件 名称: >		
追加項目(料金割増) ※単項目でのご依頼が可能です。 <input type="checkbox"/> 菌種同定 <input type="checkbox"/> カタラーゼ試験 <input type="checkbox"/> ピンホール検査 <input type="checkbox"/> 臭気検査(GC/MS) <input type="checkbox"/> その他( )			
検体名称	(検査報告書記載の名称及び特記事項(賞味期限、ロットNo.等)をご記入ください。)		
検査部分	(検査を希望する部分をご記入ください。)		
混入状況	(何に混入していたか。原材料等をご記入ください。)		
備考	(発見状況、場所など検体の状況やその他検査へのご要望があればご記入ください。)		

弊社 記入欄	受付No.	受付印	確認印	報告印
	顧客コード			
	受付日 年 月 日			

【注意事項】

- 1.報告書発行後は、原則として請求先、依頼者名、検体名などの変更はできません。
- 2.提出された検体・容器は依頼時に返却の要望がない場合、検査終了後廃棄いたします。
- 3.異物検査の方法は、食品衛生検査指針などに基づく方法、または弊社の検査方法によります。
- 4.異物をセロハンテープで固定すると、判定が困難になる場合があります。適度な容器(チャック付袋)やラップに包んでご提出ください。

株式会社 日本食品エコロジー研究所  
 〒651-0082 神戸市中央区小野浜町1番9号  
 TEL(078)321-2311 FAX(078)321-3066

08-2012

受領日	受領者	検体数
/		